FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1921

N° 6

RESPONSABILITÉ MÉDICO-LÉGALE DES HYSTÉRIQUES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
EN JUILLET 1921

PAR

VICTOR MOLAC

PRÉSIDENT :

M. LE PROFESSEUR CHAVIGNY O ✻

STRASBOURG
IMPRIMERIE STRASBOURGEOISE
15, RUE DES JUIFS, 15
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1921

RESPONSABILITÉ MÉDICO-LÉGALE DES HYSTÉRIQUES

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
EN JUILLET 1921

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

VICTOR MOLAC

PRÉSIDENT :

M. LE PROFESSEUR CHAVIGNY ✻

STRASBOURG
IMPRIMERIE STRASBOURGEOISE
15, RUE DES JUIFS, 15
1921

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen..... M. WEISS
Assesseur..... M. BOUIN

	PROFESSEURS
Embryologie.....	MM. ANCEL
Anatomie	FORSTER
Histologie	BOUIN
Physiologie.....	MAYER
Physique biologique.....	WEISS
Chimie physiologique.....	NICLOUX
Anatomie pathologique.....	MASSON
Pharmacologie, Médecine expérimentale...	AMBARD
Hygiène, Bactériologie.....	BORREL
Médecine légale.....	CHAVIGNY
Clinique médicale.....	BARD BLUM Léon
Clinique chirurgicale.....	SENCERT STOLZ
Clinique ophtalmologique.....	DUVERGER
Clinique dermatologique.....	PAUTRIER
Clinique psychiatrique.....	PFERSDORFF
Clinique neurologique	BARRÉ
Clinique oto-rhino-laringologique.....	N.....
Clinique gynécologique et accouchements .	SCHICKELÉ

CHARGÉS DE COURS

MM. ARON	MM. GUNSTETT	MM. ROHMER
BELLOCQ	HAMM	SCHÆFFER
BLUM PAUL	HANNS	SCHWARTZ
CANUYT	HUGEL	STROHL (agrégé)
GELMA	KELLER	VAUCHER
GÉRY	LICKTEIG	WEILL
	REEB	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

Sergent au 4e Tirailleurs algériens
Mon compagnon d'armes de Verdun, de Lorraine et de Picardie
Tombé devant Soissons le 31 mai 1918

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE RENNES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE STRASBOURG

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVIGNY

Agrégé du Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Nous n'avons fait que glaner dans les ouvrages modernes pour satisfaire à une obligation imposée à un devoir. Ce travail nous paraîtra plus léger puisqu'il nous permettra d'exprimer à tous ceux qui furent nos maîtres et que nous ne saurions oublier notre vive reconnaissance. Qu'ils veuillent tous accepter l'expression de notre bien vive gratitude et de nos plus respectueux remercîments pour les conseils si précieux qu'ils nous ont donnés et pour la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

M. le professeur CHAVIGNY nous a inspiré ce travail ; il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il veuille bien agréer l'assurance de notre respectueuse et sincère gratitude.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548028_0061

HISTORIQUE

L'hystérie semble avoir été connue de toute antiquité. Mais il faut remonter jusqu'à Hippocrate pour en trouver une exposé à peu près net. Il considère l'utérus comme un animal doué de mouvements et de sensations, qui peut se porter vers les différentes régions du corps. Ces mouvements peuvent produire toutes sortes de troubles. « Quand une femme, dit-il, a les vaisseaux plus vides que d'ordinaire, la matrice desséchée, vide et légère, se déplace — elle se jette vers le foie, organe plein de fluide pour y trouver de l'humidité — elle y adhère et de cette manière, elle intercepte la voie respiratoire qui est dans le ventre et amène l'état hystérique. Si, par hasard, du phlegme descend de la tête vers les hypocondres, la matrice humectée par cette descente quitte le foie, retourne à sa place en produisant une sorte de gargouillement et l'état hystérique cesse parce que la matrice ayant suffisamment pompé de l'humidité est devenue pesante. Si la matrice n'abandonne pas les hypocondres, la tête et la langue s'engourdissent, les dents se serrent, la tête devient livide, et l'on ne peut faire cesser les accidents qu'en la détachant du foie auquel elle adhère — en la poussant en bas avec la main. »

Pendant des siècles, cette conception fut toute puissante. Il nous faut arriver jusqu'à Le Pois, Willis, Sydenham pour voir rejeter cette conception utérine — et pour voir considérer l'hystérie comme une maladie cérébrale.

CONCEPTION ANCIENNE

Nous trouvons à la base de l'hystérie un terrain névropathique spécial : « l'hystérique apporterait en naissant une cellule dont la nutrition interne est plus ou moins troublée. La cellule nerveuse plus sensible encore que les autres doit être fortement touchée... elle sera plus irritable qu'une cellule normale. »

Dès lors, doué d'un tempérament spécial, l'hystérique aura un mode de réaction spéciale vis-à-vis des agents extérieurs. Il sera sensible aux doses les plus faibles des médicaments. La plus petite intoxication entraînera une répercussion intense sur son système nerveux. Les plus petites infections entraîneront quelquefois des désordres sérieux. A la suite d'une émotion, on verra son pouls devenir petit, rapide, incomptable même. Souvent il y aura syncope. Sa respiration deviendra très rapide, tantôt très lente. Souvent les jambes fléchiront brusquement, seront parésiées. A la suite d'un traumatisme parfois léger sous l'influence de l'émotion, puis de la suggestion, on verra s'installer des paralysies. Une femme prédisposée fait une chute de bicyclette. Il y a choc, étonnement, douleur. Sous l'influence de l'émotion, cette personne refléchit et se dit : Je ne vais plus pouvoir remuer mon membre contusionné. La paralysie s'installe dans ces conditions bien particulières et pourra persister plusieurs mois.

Charcot eut le premier le mérite d'étudier et de grouper les diverses manifestations hystériques en symptômes permanents ou stigmates et en symptômes transitoires pouvant parfois durer fort longtemps, pouvant être provoqués ou supprimés par des manœuvres externes ou des causes purement chimiques, s'associant ou se substituant les uns aux autres, se présentant sous les aspects les plus variés.

Symptômes transitoires. — Les uns ont un aspect qui leur est propre et permet à l'observateur d'en reconnaître la nature sans qu'il aie besoin de tenir compte des symptômes qui peuvent les accompagner et des circonstances dans lesquelles il ont pris nais-

sance. Si nous voyons un malade qui, après avoir poussé un éclat de rire, tombe par terre, le corps raidi, les poings fermés — puis si nous le voyons après quelques moments de raideur tétanique faire de grands mouvements, s'agiter de tout le corps, se redresser, puis enfin prendre des attitudes passionnelles, de colère, d'invective ou d'extase — devant ce spectacle qui se déroule, nous aurons l'idée d'une attaque d'hystérie.

A la première inspection, au premier examen, nous reconnaîtrons également l'hémiplégie hystérique, la monoplégie brachiale hystéro-traumatique, l'astasie-abasie, le mutisme hystérique.

Mais si l'hystérie se traduit souvent par des symptômes qu'elle est seule en mesure d'engendrer, elle serait aussi susceptible de prendre les traits d'affections diverses — voire de maladies organiques. Elle pourrait simuler l'hémiplégie, la paraplégie avec exagération des réflexes tendineux et trépidation épileptoïde.

Elle serait encore en état de donner naissance à des lésions superficielles ou profondes et à des troubles de toutes sortes : à des érythèmes, à des phlyctènes, des bulles, des hémorragies, des ulcérations ; à de l'œdème sous-cutané, du spasme glottique, de l'œdème de la glotte, des congestions pulmonaires, des hémoptysies — à des ulcérations gastriques — des hématémèses, de l'anurie, de l'albuminurie — à de l'angine de poitrine, de la tachycardie ou de la bradycardie — à une hyperthermie parfois très élevée.

« L'hystérie, disait Sydenham, imite presque toutes les maladies qui arrivent au genre humain. »

Mais en présence d'accidents aussi variés et aussi divers, comment peut-on en reconnaître l'origine ?

Symptômes permanents ou stigmates :

La recherche des stigmates permet de résoudre la question et d'affirmer si ces troubles sont d'origine organique ou inorganique. Outre leur fixité, ils se développent d'habitude à l'insu du malade. Ce sont l'anesthésie du fond de la gorge, l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle consistant, quand elle est bien développée, en une abolition des divers modes de la sensibilité générale — une diminution unilatérale de l'acuité des sens spéciaux — en particulier de la vision avec rétrécissement concentrique du champ visuel — une dyschromatopsie portant sur le bleu et le violet.

Mentionnons encore parmi les stigmates, les divers points douloureux tels que l'excès de sensibilité du testicule, de l'ovaire, le clou hystérique de la tête.

CONCEPTION MODERNE

Elève de Charcot, Babinski fut pendant de longues années le défenseur de la conception de la Salpêtrière. Grand observateur, il s'attache aux faits cliniques ; il les analyse un par un et cherche avant tout à comprendre quelque chose de simple et de précis, à découvrir un signe physique précis qui puisse l'orienter dans le dédale compliqué des cas cliniques. Il met dans ses recherches une conscience et une patience remarquables; il est de ceux qui ont le plus enrichi la clinique ainsi comprise.

En présence d'un malade, il se pose cette question : quel moyen pratique y a-t-il pour reconnaître un phénomène hystérique d'un phénomène organique? Comment distinguer, par exemple, une hémiplégie par lésion cérébrale d'une hémiplégie hystérique ; une contracture organique d'une contracture hystérique? Ainsi, voici un enfant qui est affligé de paraplégie. Est-ce la moelle qui est atteinte? Ou bien s'agit-il simplement d'une paralysie hystérique? L'examen attentif des deux jambes permet de répondre. On recherchera si les réflexes tendineux sont ou non modifiés, si la contractilité électrique présente quelque caractère particulier. Dans les cas où les réflexes ne sont pas augmentés, dans les cas où la contractilité électrique reste absolument normale, Babinski montre qu'il n'y a pas de doute, c'est de l'hystérie.

A ces travaux d'ordre clinique, il ajoute une théorie relative à la nature des symptômes hystériques, à leur manière de se produire, au mode de traitement qui leur est applicable. « C'est la suggestion, écrit-il, se manifestant par un besoin d'imitation qui explique la contagiosité des phénomènes hystériques et en particulier des attaques nerveuses... Elle peut intervenir sous une forme différente dans les associations hystéro-organiques : l'auto-suggestion remplace l'hétéro-suggestion ou s'y ajoute. On conçoit bien que des symptômes produits par une maladie tant soit peu tenace, sur lesquels se concentrent l'attention et l'inquiétude de l'intéressé, fassent éclore des troubles qui sont du domaine de la suggestibilité. »

Les autres agents, l'émotion en particulier, ne peuvent engendrer les troubles hystériques. Si l'émotion était leur agent étiologique, les crises nerveuses, dit Babinski, « devraient être de nos jours aussi communes que dans le passé, car les tristesses de la vie n'ont pas diminué et n'ont pas cessé de commotionner l'âme humaine... On peut même dire que, si les émotions affaiblissent le sens critique, peuvent préparer l'esprit à la suggestion, elles l'excluent sur le moment et empêchent, lorsqu'elles sont intenses, le développement des phénomènes hystériques. Quand une émotion profonde, sincère secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie. »

Reprenant alors l'étude de la suggestion et de la contre-suggestion dans leurs rapports avec les divers troubles rattachés à l'hystérie par la conception ancienne, Babinski divise ces phénomènes en deux groupes bien distincts : la suggestion produit les uns et n'a pas d'action sur les autres.

Au premier de ces groupes appartiennent : des crises convulsives, des paralysies, des contractures variées, des tremblements, des mouvements choréiques parfois réguliers, mais généralement rythmés, des troubles de la phonation, de la respiration, de la sensibilité (anesthésie, hyperesthésie), des troubles sensoriels — accidents ayant pour caractère commun de pouvoir être reproduits par la suggestion expérimentale qui, fait capital, est capable d'en déterminer la forme, l'intensité et la durée.

Le deuxième groupe comprend d'une part le dermographisme qui traduit une exagération des réflexes vaso-moteurs cutanés et, d'autre part, des réactions émotives anormalement intenses et prolongées : tachycardie, érythèmes, hypersécrétion sudorale ou intestinale. La suggestion n'est pas en mesure de les produire et la contre-suggestion est sans action sur eux.

Que deviennent les stigmates, troubles permanents, qui suivant la conception ancienne donnaient aux accidents transitoires un cachet d'authenticité? Ils ont exactement le même sens et la même valeur que tous les autres symptômes que la suggestion peut produire. Si autrefois, on les constatait chez la plupart des hystériques, cela tenait à ce qu'on ignorait l'action inconsciente que par ses questions et son attitude, le médecin peut avoir sur la genèse de ces désordres. « Je m'en suis assuré, dit Babinski, par l'étude systématique d'une série de malades atteints d'accidents hystériques et qui jusque-là n'avaient été soumis à aucun examen médical. J'ai exploré l'état de leur sensibilité et de leur vision, avec la préoccupation constante d'éviter pendant l'interrogatoire les réflexions, les gestes inopportuns qui auraient pu troubler la spontanéité de leurs réponses.

Or, chez aucun de ces sujets, je n'ai constaté ni hémi-anesthésie, ni rétrécissement du champ visuel, ni dyschromatopsie. »

Babinski propose d'abandonner l'usage du terme hystérie, qui pris dans son sens étymologique ne répond à aucun des faits envisagés et propose de le remplacer par le mot : « pithiatisme » qui exprime l'un des caractères fondamentaux de ces accidents : la possibilité de les guérir sous l'influence de la persuasion.

Le démembrement de l'hystérie se trouve donc accompli ; les éléments hétérogènes, avec lesquels celle-ci avait été constituée grâce à un assemblage artificiel, ont été séparés et chacun a été mis à sa place naturelle.

La délimitation du groupe des phénomènes que l'on peut appeler pithiatiques est chose faite. Ils ont des caractères qui n'appartiennent qu'à eux, dont tous les autres états morbides sont dépourvus et qui par suite constituent les éléments de la définition de l'hystérie. « C'est un état pathologique se manifestant par des troubles qu'il est possible de reproduire par suggestion chez certains sujets avec une exactitude parfaite et qui sont susceptibles de disparaître sous l'influence de la persuasion (contre-suggestion) seule. » La réaction déclenchée par Babinski va continuer à s'étendre. Le champ de l'hystérie est encore trop vaste ; on va tendre à le réduire de plus en plus. « Effectivement, dit Chaslin, depuis que Babinski, pourchassant impitoyablement la suggestion, a appris aux médecins à n'en pas faire inconsciemment, et quand le mal est fait à le supprimer par «persuasion»; l'hystérie ou du moins l'hystérie physique, l'hystérie à « grand orchestre de Charcot» à disparu... On ne voit plus d'hystériques. Dans mon service à la Salpêtrière, je n'en reçois plus — il n'y en a plus — et les anciennes hystériques qualifiées telles sont seulement des débiles, des arriérées, des instables, voire des épileptiques vraies qui avaient eu aussi des attaques, mais qui n'ont plus aucune des manifestations qui florissaient si aisément du temps de Charcot et même après lui. »

En 1912, Binet faisant paraître un article sur l'hystérie avoue n'avoir pas eu l'occasion d'examiner des hystériques depuis plusieurs années. «Nous n'en avons pas rencontré dans différents services. D'après des renseignements communiqués par nos collègues, il paraît que l'hystérie devient rare. » Dans les premières années de la guerre, M. le professeur Chavigny écrivait : « Pratiquement, la plupart des médecins considèrent l'hystérie comme un syndrome devenu archaïque. Ils n'osent plus porter le diagnostic de troubles hystériques. Nombreux sont ceux qui nient couramment l'existence des hémi-anesthésies hystériques, des hémi-anesthésies limitées à un membre,

et autres troubles du même genre — surtout, il n'en est plus question ni en séméiologie, ni au diagnostic différentiel.

Que nous a enseigné la guerre?

Nous a-t-elle montré que l'hystérie devait être définitivement rayée des traités de pathologie, que les divers symptômes qu'on lui avait attribués devaient être rattachés à d'autres affections, comme la démence et l'épilepsie — ou bien nous a-t-elle au contraire appris que son champ devait être considérablement élargi, dépasser même les limites que lui avait assigné Babinski? Ne doit-on pas lui rattacher tout l'ensemble des phénomènes décrits sous le nom de « troubles nerveux d'origine réflexe » et de nombreux symptômes de l'épilepsie susceptibles de disparaître sous l'influence de l'émotion ou de la suggestion?

L'HYSTÉRIE ET LA GUERRE

TROUBLES D'ORIGINE RÉFLEXE

La guerre de 1914-1918, à laquelle nulle autre ne peut être comparée par le nombre de ceux qui y prirent part, les souffrances et les émotions de toutes sortes qui y furent endurées, par la puissance formidable des moyens de destruction mis en œuvre, a produit une véritable floraison d'accidents nerveux. « Les manifestations hystériques sont extrêmement fréquentes, dit M. Léry. Elles comptent pour plus de 50 % dans la totalité des malades envoyés dans les centres neurologiques d'armée. » M. Chiray estime à 20 000 par an le nombre des soldats immobilisés par l'hystérie.

Nous avons vu reparaître en effet toute la série des désordres névropathiques rattachés depuis Charcot à l'hystérie. Il est même curieux de constater que ces principaux troubles se retrouvent toujours les mêmes — à tous les âges et dans tous les pays. Mais une des curiosités cliniques de la guerre est la fréquence de ces plicatures dorsales survenant sans aucune lésion organique.

A l'origine de tous ces troubles, on découvre une émotion particulièrement violente causée par l'éclatement, à proximité, d'un obus de gros calibre, d'une torpille, l'explosion d'une mine. Souvent le soldat a été enseveli. On le dégage. Il a perdu connaissance. Quand il revient à lui, il constate qu'il est sourd, qu'il est muet, qu'il ne peut plus se tenir debout, que ses jambes sont paralysées, qu'il ne peut plus remuer son bras. Les réflexes cutanés ou tendineux ne sont pas modifiés. Le liquide céphalo-rachidien ne présente aucune modification histologique ou chimique. Parfois, on découvre l'existence de lésions organiques (hémorragie méningée, cérébrale) mais ces cas sont rares, exceptionnels. D'autres fois, ces accidents sont survenus chez de vieux soldats qui avaient déjà plusieurs mois de campagne et qui n'avaient éprouvé, sous les plus violents bombardements, qu'une émotion bien légitime, mais maîtrisable. Un beau jour, sans qu'il soit possible d'invoquer ni la distance de l'éclatement, ni le calibre de l'obus apparaissent des accidents graves. La fatigue phy-

sique exagérée, les insomnies prolongées, une alimentation insuffisante, l'éloignement du pays, les nouvelles mauvaises du foyer, l'obnubilation que provoquent les bombardements intenses et prolongés interviennent comme des facteurs importants pour diminuer la résistance du système nerveux et pour augmenter la puissance de l'émotion.

A côté de ces phénomènes pithiatiques, se place toute une série de troubles bien étudiés pendant la guerre et dont la réalité clinique a été unanimement reconnue. La lésion qui les a causés paraît minime, hors de proportion avec les désordres fonctionnels qui en résultent. Ils la débordent, s'étendent en amont, ne répondant à aucun territoire anatomique connu. « Nous avons été frappés, dit Porrot, de voir ces troubles se produire avec une fréquence relative chez des blessés qui avaient du subir la simple désarticulation ou l'amputation d'un doigt. Sur une douzaine de paralysies réflexes des extrémités qu'il nous a été donné d'observer, nous en avons trouvé quatre chez des amputés d'un doigt, soit comme proportion un tiers des cas. La blessure initiale n'avait atteint qu'un doigt qu'on avait dû désarticuler sans que le reste de la main ou du pied portât d'autres cicatrices et sans que le membre eût été atteint plus haut. »

Ce sont ces formes d'impotence plus ou moins complète, s'installant progressivement à la suite de blessures légères, s'accompagnant de troubles de la contractilité idio-musculaire et frappant surtout les extrémités, ces accidents tenaces où prédominent tantôt la paralysie, tantôt la contracture et le plus souvent encore un état mixte qui ont été décrits sous des dénominations variées « mains et pieds figés », « mains d'accoucheur », « paralysies globales des extrémités », « paratonies », « acrocontractures ».

Outre la contracture, la paralysie ou la parésie, on constate, lorsque le syndrome est complet, de l'atrophie musculaire, des modifications des réflexes cutanés pouvant aller jusqu'à l'irréflectivité, des troubles de la sensibilité objective, des troubles de la régulation thermique et de la régulation vaso-motrice, des troubles secrétoires et enfin des troubles trophiques divers du système osseux, de la peau et des phanères.

Si les caractères cliniques de ces phénomènes réflexes ont été vite connus et minutieusement décrits, la pathogénie en est restée obscure et a été l'objet de nombreuses discussions. MM. Guillain et Barré les attribuent à une névrite ascendante. Les douleurs sur les trajets des nerfs signalées déjà autrefois, et sur lesquelles ils se basent, ne constituent pas une preuve de névrite. Elles sont du reste parfois très légères et peuvent manquer complètement. D'autre

part, les troubles ne sont exactement limités à aucun moment de leur évolution, au territoire d'un nerf périphérique.

D'autres neurologistes, reprenant l'hypothèse émise par CHARCOT et VULPIAN à propos des amyotrophies consécutives aux arthrites, attribuent ces phénomènes à des troubles nerveux d'origine réflexe. Mais peut-on expliquer par une action réflexe tous les phénomènes qui font partie du syndrome que nous envisageons et en particulier les troubles vaso-moteurs et thermiques ? « Oui, dit M. LERICHE, ils peuvent tous être expliqués par une action réflexe dont la voie centripète serait soit le système cérébro-spinal, soit le système sympathique, mais dont la voie centrifuge serait certainement constituée par le sympathique. — On pourrait encore les expliquer par une névrite du sympathique.» L'intégrité du nerf moteur, et celle du muscle ne suffisent pas à assurer le bon accomplissement du mouvement commandé. Si à distance le sympathique est touché ou s'il n'agit plus normalement, le muscle se durcit, se contracture, la volonté est impuissante à le relâcher ou à le faire contracter davantage. Dans ces cas, la sympathectomie (1) lève le barrage et rend possible la récupération progressive des mouvements volontaires. Chez des blessés atteints de contractures réflexes du type BABINSKI-FROMENT, ayant des doigts enroulés, immobiles, incapables de mouvement, il a suffi de modifier l'innervation pour voir apparaître, dès le lendemain,

---

(1) De la causalgie envisagée comme une névrite du sympathique et de son traitement par la dénudation et l'excision des plexus nerveux péri-artériels. (*Presse Médicale*, 20 avril 1916.)

«Il faut découvrir l'artère, ouvrir au bistouri la gaine celluleuse, isoler sur 8 à 10 cm., en fixer la gaine propre directement sur la paroi vasculaire, l'inciser, tirer sur une des lèvres ainsi faites avec une pince, la décoller soit au bistouri, soit à la sonde cannelée, en dépouillant complètement l'artère de tout le tissu celluleux qui lui adhère. Plus ou moins facilement, suivant les cas, on arrive ainsi à peler l'artère, à décortiquer une lame mince évidemment, mais plus épaisse souvent qu'on ne le croit. La section du sympathique péri-artériel détermine des réactions physiologiques primaires et secondaires. Dès qu'on touche à sa gaine sympathique, l'artère entre en contraction, elle réduit progressivement son volume jusqu'à n'avoir qu'un tiers et même un quart du volume normal sur toute l'étendue du segment dénudé. Dans les heures qui suivent, le pouls est imperceptible ou très faible et le membre est plus froid que l'autre. Puis, peu à peu, au bout de trois, six, douze, quinze heures, apparaît la réaction physiologique caractéristique. Cette réaction est marquée par une élévation de la température locale atteignant 2° à 3°, par l'élévation de la pression artérielle, par l'augmentation de l'amplitude des oscillations. Mais en dehors de ces phénomènes vaso-moteurs, les opérations ont démontré un fait bien intéressant au point de vue physiologique: à savoir que la contracture musculaire volontaire est dans un certain sens très dépendante du sympathique.»

un certain degré de motilité volontaire. Sur dix-huit interventions qu'il a pratiquées, M. Leriche a obtenu trois guérisons, onze améliorations. Deux autres améliorations ont été suivies de récidive incomplète; il y a eu deux échecs.

M. Leriche considère l'élément moteur comme secondaire, consécutif aux troubles vaso-moteurs. Mais, n'est-il pas au contraire le phénomène primitif, toujours prédominant et déterminant une attitude vicieuse avec perte de l'usage ou utilisation défectueuse d'un membre ou d'un fragment de membre? Il manque rarement en effet. Si nous l'examinons attentivement, il semble paradoxal et irrationnel dans ses allures cliniques. « Etendu à des territoires nerveux de voisinage, il n'est à la vérité, comme le dit Henri Meige, ni une paralysie vraie, ni une contracture vraie ». Apparu immédiatement après la blessure ou après une phase de méditation plus ou moins longue, surtout à la suite d'une longue immobilisation, il présente tous les caractères classiques attribués jusqu'ici aux troubles psycho-névropathiques en général. « Il s'agit là d'un négativisme moteur, d'une ammésie motrice à la création desquels concourt avant tout un facteur psychologique ».

Quant aux troubles vaso-moteurs, ils sont fréquents, mais non constants. Ils apparaissent quelquefois en même temps, mais ordinairement plus ou moins longtemps après les phénomènes moteurs.

Si, convaincus de cette notion, on soumet ces malades avec la foi et l'énergie nécessaire à la psychothérapie, on arrive à des résultats en tous points semblables à ceux obtenus dans le traitement des troubles hystériques.

MM. Boisseau et Roussy communiquent à la séance de neurologie du 7 juin 1917 — 57 cas de troubles nerveux se décomposant ainsi :

Contractures du coude . . .	12	Contractures des pelvi-trochantériens.	5
Genoux en flexion.	22	Contractures de l'épaule . .	6
Genoux en extension	5	Fausse névrite par gelure .	7

A la séance du 8 novembre 1917 :

161 « mains figées »,
56 pieds bots varus.

La plupart de ces troubles persistent depuis plus de quinze mois. Quelques-uns même depuis trente-six mois. « Les résultats, disent-ils, que nous avons obtenus en série démontrent la possibilité de la disparition rapide et soudaine d'une acro-contracture ou d'une acro-paralysie par la psychothérapie. »

Tous ces troubles qui disparaissent aussi brusquement sous l'influence de la suggestion, de la menace d'un traitement électrique ou d'une punition ne sont pas des troubles organiques ni des troubles réflexes.

Si M. Lériche, a obtenu d'excellents résultats par la dénudation des plexus nerveux péri-artériels, s'il a pu guérir radicalement en six jours une paralysie flasque du bras gauche avec troubles vaso-moteurs et thermiques, n'est-ce pas la meilleure preuve que cette paralysie était d'origine inorganique? Ce malade avait une extrême confiance dans la chirurgie, il avait vu des camarades gravement atteints guérir en l'espace de 4 à 5 semaines ; il s'était persuadé que l'intervention était le seul moyen capable de rendre les mouvements à son bras paralysé. Si on lui eût montré les guérisons miraculeuses obtenues par le traitement électrique, si on l'eût décidé à subir ce traitement, le résultat eût été sans doute identique.

Dans tous ces cas, que l'on se serve du traitement mécanothérapique avec le massage, l'extension continue, l'ionisation, l'appareil plâtré, que l'on aie recours au traitement chirurgical, à la ténotomie, l'astrogalectomie, que l'on pratique la libération du plexus nerveux péri-artériel, que l'on emploie la psychothérapie, on est assuré de faire disparaître tous ces troubles à condition d'inspirer la confiance à son malade.

HYSTÉRIE ET ÉPILEPSIE

Pour reviser l'hystérie, pour opérer son démembrement, on s'est appuyé uniquement sur les symptômes cliniques. Mais baser une classification uniquement sur la symptomatologie, n'est-ce pas bâtir sur le sable? Des troubles différents ne peuvent-ils pas être provoqués par une même lésion organique? Nous avons vu dernièrement le hoquet épidémique que l'on regarda, lors de son apparition, comme une maladie nouvelle, être considéré, quand on l'eut mieux étudié, comme une des manifestations de l'encéphalite léthargique. Une classification qui ne se réclame ni de la pathogénie, ni de l'anatomie pathologique n'est qu'un procédé empirique ou commode, mais qui doit nécessairement suivre l'évolution des différentes théories. C'est ainsi que nous voyons après le démembrement de l'hystérie, la plupart des crises convulsives, dont la nature émotive a été souvent reconnue, être considérées comme épileptiques. Porter le diagnostic d'hystérie est aux yeux de beaucoup de médecins être la dupe de simulateurs peu intéressants. « Nous avons eu l'occaison de voir pendant la guerre, écrit M. le professeur Chavigny, un nombre presque considérable de manifestations convulsives à point de départ nettement émotif et qui furent invariablement étiquetées : épilepsie. Nous nous refusons pour notre part à classer comme épileptique une crise convulsive bénigne, d'origine rigoureusement émotive. »

Dans *Paris médical*, MM. Chavigny et Spillman rapportent un « cas d'hystéro-traumatisme revu quinze ans après les accidents initiaux » dont l'origine émotive ne semblait faire aucun doute, mais dont les crises convulsives furent successivement considérées comme urémiques et épileptiques.

J...., dont l'hérédité nerveuse est lourdement chargée, reçoit le 29 novembre 1899 un coup de pied de cheval dans la région de l'abdomen. Le 27 avril 1900, passant derrière un cheval dangereux par ses ruades, J..... fait une première convulsive. La recherche des stigmates physiques de l'hystérie montrent l'existence d'une anesthésie sensitivo-sensorielle complète à un degré rare.

1er juillet 1900. Nouvelle crise, catalepsie.

2 février 1915. A la suite d'une injection de sérum antidiphtérique, J... fait une crise nerveuse avec perte de connaissance durant dix-huit heures. On porte le diagnostic : urémie. J... est évacué dans le Midi. On constate qu'il n'y a pas d'albumine dans les urines.

1er avril 1915. Il revient aux armées.

30 juillet. Nouvelle crise durant onze heures. Les nuits suivantes, nombreuses crises convulsives avec miction au lit et morsures de la langue. Diagnostic : épilepsie.

Le 28 août, il est réformé.

Mais pareille erreur de diagnostic entraîne nécessairement une erreur de thérapeutique dont les conséquences peuvent être graves, pour le malade. C'est ainsi que J..... fut soumis à un traitement bromuré intensif. Il prit jusqu'à 12 grammes par jour de K. Br. sans obtenir aucune amélioration notable ; il constata au contraire un affaiblissement de son intelligence et une diminution de sa mémoire.

Si les erreurs de diagnostic sont aussi faciles et aussi fréquentes, c'est sans doute que les symptômes de l'épilepsie et de l'hystérie se rapprochent par bien des côtés. M. Virès dans son traité des « Maladies mentales » a donné un tableau synoptique qui doit permettre de distinguer avec facilité ces deux névroses « pendant l'attaque ».

Epilepsie :

a) Aura et prodromes constants, multiples troubles gastro-intestinaux : langue saburrale, constipation.
b) Cri initial horrible, perçant, lugubre, unique.
c) Chute immédiate et perte de connaissance, blessures fréquentes.
d) Pupilles mydriatiques d'abord, myosiques ensuite.
e) Visage hideux, congestionné, tuméfié, violacé, toujours livide ;
f) Succession de convulsions toniques, puis cloniques, les doigts rétractés, fléchis sur le pouce.
g) Pouls petit, filiforme. Hypotension artérielle.
h) Terminaison par le stertor, le coma, perte de connaissance, de souvenir. Collapsus des facultés intellectuelles à la longue et altération de l'état physique.

Hystérie :

a) Prodromes rares, moins constants. Quelques modifications du caractère.
b) Série de cris plaintifs, bizarres, gémissements, pleurs, rires.

c) Chute non immédiate. Perte de connaissance incomplète. Pas de blessures.

d) Pas de modifications pupillaires.

e) Pas d'altération de la face. Salive écumeuse très rare.

f) Tonisme moins marqué, pas de fléchissement du pouce, surtout mouvements cloniques, bizarres et singuliers, attitudes passionnelles, opisthotonos.

g) Pouls variable.

h) Terminaison souvent par phénomènes délirants, crises de pleurs, souvenir conservé. Pas d'altération du physique et du moral à la longue.

Mais examinons, isolons chacun de ces symptômes. Du quel dira-t-on qu'il est essentiellement et exclusivement épileptique? Est-ce de l'agitation, des mouvements convulsifs? Mais on les rencontre tout aussi souvent dans l'hystérie, dans la démence précoce, dans la folie avec conscience. Ces individus présentent souvent des crises d'agitation où ils se roulent par terre, se débattent, soupirent comme prêts à étouffer.

On a voulu considérer la perte de connaissance comme appartenant en propre à la crise épileptique. Mais ne l'observe-t-on pas fréquemment dans l'hystérie? J... reste dix-huit heures sans connaissance. Dans une autre observation rapportée à la fin de ce travail, B... pendant une de ses crises, se fait une large plaie dans la région fessière. Quand il se réveille, il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Si on lui demande quelques détails sur les circonstances qui ont précédé cette blessure, il nous dit : « Je ne me rappelle de rien. Tout ce que je sais, je l'ai appris par mes camarades ».

La dilatation des pupilles serait peut-être un signe plus constant et plus fidèle. Mais M. le professeur Chavigny, qui a eu l'occasion d'observer de nombreuses crises, affirme qu'il lui a été rarement possible d'examiner l'état des pupilles chez des individus qui se débattent, se roulent, dont les yeux sont convulsés et dirigés en haut.

Quant à l'écume sanguinolente, à la morsure de la langue, aux troubles sphinctériens, ce sont là des phénomènes qu'il est facile de reproduire, que l'on retrouve souvent dans les maladies organiques ou mentales.

Les caractères classiques de la crise d'épilepsie sont donc bien aléatoires. J. Roux écrit : « La grande crise épileptique absolument typique peut se retrouver dans l'hystérie. Tous les signes que l'on a donnés pour distinguer la crise d'épilepsie de la crise d'hystérie

n'ont qu'une valeur relative. En présence d'une crise convulsive, il n'est jamais possible d'affirmer qu'il ne s'agit pas d'hystérie.»

La symptomatologie ne suffit donc pas à elle seule pour tracer la frontière entre l'épilepsie et l'hystérie, puisque parmi les nombreux symptômes décrits, il n'y en a aucun de pathognomonique. Ne pourrait-on pas, dans une certaine mesure, tenir compte des résultats obtenus par une thérapeutique judicieuse? Le praticien qui voit les différents symptômes d'une angine grave s'amender et disparaître à la suite d'une injection de sérum anti-diphtérique, peut avec certitude, affirmer la diphtérie. Sous l'influence continuelle des bromures et du luminal, d'un régime hypochloruré, d'un genre de vie spéciale, les crises épileptiques peuvent devenir moins fréquentes et finir par disparaître. Mais ce traitement, pour être efficace, doit être prolongé parfois pendant des années. Il ne faut pas le cesser à la première amélioration, car les accès pourraient immédiatement reparaître plus nombreux et plus graves.

Certains troubles étiquetés épileptiques ont disparu rapidement sous l'influence des bromures ou du luminal. Ne peut-on pas admettre qu'il y a eu là une action purement suggestive? Que tous ces phénomènes auraient également disparu sous l'influence de n'importe quel médicament, de l'hygiène morale ou de la psychothérapie?

Mais, n'est-ce pas là le caractère essentiel des troubles hystériques : d'être curables par la suggestion? Ne pourrait-on pas rattacher au cadre de l'hystérie toutes ces épilepsies réflexes causées pas des parasites intestinaux, les cicatrices vicieuses, les compressions d'un nerf périphérique, et tous ces troubles légers de l'épilepsie larvée comme les fugues, les absences, les migraines, les tics douloureux, les incontinences d'urine qui cèdent facilement à n'importe quel traitement?

De la sorte, on diminuerait considérablement le cadre de l'épilepsie, on ne lui réserverait que les cas graves, presque incurables, s'accompagnant d'un trouble de l'état mental pouvant aller jusqu'à l'aliénation?

OBSERVATION I

Service de M. le Professeur Chavigny

DÉSERTION A L'INTÉRIEUR

L....., âgé de 20 ans.

Profession : charretier.

Ajourné en 1918 pour faiblesse générale.

Appelé service armé en 1920.

Antécédents héréditaires.

Père : A présenté de nombreuses crises convulsives. Pas d'alcoolisme.

Mère : Morte de maladie?

Frères et sœurs : Souvent malades, souffrant particulièrement de migraines.

Antécédents personnels.

Nombreuses maladies infectieuses, mais le diagnostic précis est impossible à établir.

Extinction de voix, survenant fréquemment à la suite de peur ou de contrariété, durant quelques jours.

A 8 ans, en traitement à l'hôpital des Quinze-Vingt pour cécité.

En 1917. Crises convulsives survenant plusieurs fois la semaine à la suite de fatigues physiques, d'émotion, de contrariétés.

A la caserne, nombreuses crises convulsives, notamment le 25 octobre, le 10 janvier, le 8 mars, le 1er juin, qui nécessitent l'évacuation sur un hôpital militaire.

Les faits.

Le soldat L..... arrive au 1... régiment d'infanterie à C..... le 9 octobre 1920. Il est affecté à la 1re compagnie de mitrailleuses. Il s'adapte difficilement à la vie militaire. Dans la chambre, il est fréquemment l'objet de railleries et de plaisanteries de la part de ses camarades. Il est continuellement triste, renfermé, silencieux.

Le 20 mars, il manque à l'appel du soir. Rencontré par les gendarmes de service, et n'étant pourvu d'aucun titre de permission, il est ramené à son corps. Au lieu d'être incarcéré, il est renvoyé sans escorte à sa compagnie.

L..... en profite pour escalader le mur auprès de la prison et pour s'enfuir. Il va à Strasbourg, prend un billet à destination de la première gare après Strasbourg, mais avec l'intention de ne descendre qu'à Paris.

En arrivant à Paris, il rencontre M. A..... qu'il n'avait jamais vu. Celui-ci le considère comme un pauvre malheureux et lui donne l'hospitalité pendant deux jours. L..... travaille ensuite chez un charbonnier, chez un marchand de vins pour gagner un peu d'argent. Il va voir ses parents à H..... dans l'Oise. Il y arrive à 21 h. 30. Il ne trouve que son père, lui déclare qu'il est en permission, puis disparaît aussitôt. Il se rend chez une de ses tantes à A.....-sous-Bois, y reste quelques jours, puis revient à Paris. Passant près de la gare de l'Est, il est pris d'une crise convulsive. Il est transporté par des agents de police à l'hôpital Villemin. Trois jours après son entrée, il déclare qu'il est déserteur. Il est alors incarcéré à la prison du Cherche-Midi, puis ramené à son corps le 29 avril 1921.

L .... ayant fait une absence illégale de vingt-trois jours, le capitaine commandant la compagnie, demande que ce militaire soit traduit devant un conseil de guerre pour désertion à l'intérieur en temps de paix par application des articles 231, 232 du Code de justice militaire.

INTERROGATOIRE PAR LE CAPITAINE X...

Dans quelles conditions avez-vous déserté le 20 mars?

J'ai des crises d'hystérie ou d'épilepsie. Cela a été reconnu. Je venais d'être soigné à l'hôpital G... pour ces crises. Après quarante-cinq jours de traitement, comme j'allais mieux, j'ai dû rejoindre le 1 ..... J'ai eu dans la suite de nombreuses crises pour lesquelles on ne m'a pas suffisamment traité. Le 18 mars, j'ai reçu une lettre m'apprenant que mon père était hospitalisé et qu'il venait de subir une opération. J'ai demandé une permission à mon capitaine, en lui faisant connaître l'état de mon père et la situation de ma famille qui n'avait plus aucun moyen de subsistance. Il me l'a refusée.

Le dimanche 20 mars, je sentais ma tête «bouillonner»; je suis sorti après la soupe du soir et j'ai tenté de prendre le train à la gare de C... J'avais l'intention de me rendre dans mon pays pour aider mes parents. Je fus arrêté par deux gendarmes et reconduit au quartier. Le sergent de garde me pria de rejoindre ma compagnie. Mais au lieu de lui obéir, j'ai sauté le mur et je me suis rendu à la gare de Strasbourg où j'ai réussi à prendre le train pour Paris. Comme je n'avais pas de billet, j'ai voyagé dans

un coin où se mettent les serre-freins, afin de ne pas être inquiété par les contrôleurs. A Paris, j'ai rencontré M. A... qui s'est intéressé à moi. Je lui ai menti en lui disant que j'étais orphelin et que je venais de Fourmies.

J'ai travaillé aux Halles, au Bourget. Puis un matin, j'ai pris le train pour me rendre chez moi. Je n'ai pas osé entrer dans le village de peur d'être reconnu et d'être arrêté immédiatement. Je suis alors revenu à Paris.

EXAMEN PHYSIQUE

L'expression du visage et du regard est peu intelligente. Une inspection sommaire révèle chez L... la présence de quelques malformations physiques: telles que front bas et fuyant, arcades sourcilières saillantes, asymétrie faciale, lobulation insuffisante de l'oreille, ogivation excessive de la voûte palatine, dents cariées.

L... se reconnaît une bonne santé habituelle. Il n'est sujet, en dehors des crises, qu'à des malaises sans gravité (bourdonnements d'oreille, troubles du sommeil caractérisés par des rêves et des cauchemars; à l'approche de la nuit, il est atteint de frayeur inexplicable). Examinons successivement les principaux organes.

Organes respiratoires : Ils sont en bon état. La palpation, la percussion, l'auscultation de la poitrine ne révèlent rien d'anormal. Il n'existe pas de symptômes de bronchite chronique.

Organes de la digestion : L'appétit est régulier. Les digestions sont faciles. L'estomac n'est pas dilaté. L'exploration des autres organes abdominaux et thoraciques ne donne lieu à aucune constatation qui mérite d'être signalée. Arrivons maintenant au système nerveux qui préside tout spécialement au jeu des fonctions psychiques, motrices, sensitives et sensorielles, et des actes réflexes. Nous plaçons ici les résultats de l'exploration de chacune de ces fonctions, hormis ceux qui ont trait à la fonction psychologique, objet d'un rapport spécial dans cette étude.

Motilité : Les muscles sont partout normalement développés. On n'observe ni hypertrophie, ni atrophie musculaire, ni paralysie, ni tremblement, ni contracture.

Sensibilité : La sensibilité à la douleur a disparu dans certaines régions. Nous trouvons de nombreuses zones d'anesthésie :

Face antérieure cuisse gauche, face externe cuisse droite;
face antérieure et externe des deux jambes;
face antérieure du thorax;
face antérieure et externe des bras et des avant-bras.

L'aiguille enfoncée profondément ne révèle aucune manifestation douloureuse. Nous devons signaler en outre un retard dans la perception dans toutes les régions du corps. La sensibilité thermique est conservée.

Les diverses sensibilités spéciales sont normales. Du côté de la vue, les pupilles sont également dilatées, sans mydriase, ni myosis. Elles réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. On n'observe ni strabisme, ni diplopie, mais on note un léger nystagmus à gauche. L'acuité visuelle est diminuée à gauche. L... prétend avoir eu à plusieurs reprises de la cécité complète habituellement transitoire, mais ayant persisté plusieurs semaines en 1908.

Les couleurs sont bien reconnues.

Réflexes tendineux : Les réflexes tendineux sont exagérés aux membres inférieurs. La percussion la plus légère suffit à provoquer le réflexe rotulien. Il n'existe pas de différence entre les réflexes des deux côtés. Il n'y a ni trépidation épileptoïde plantaire, ni clonus de la rotule.

Les réflexes tendineux des radiaux, les réflexes olécraniens, les réflexes massétérins, les réflexes achilléens sont vifs.

Réflexes cutanés : Les réflexes cutanés et notamment le cutané plantaire sont abolis ou profondément modifiés. L'excitation de la plante des pieds détermine des mouvements réflexes non dans les mouvements de la jambe, mais dans ceux de la cuisse. Le réflexe crémastérien est normal. Le réflexe pharyngien, le réflexe cornéen ont disparu.

EXAMEN MENTAL

Le soldat L... est-il sain d'esprit? N'offre-t-il aucune anomalie de l'état mental? Nous allons successivement examiner ses diverses facultés.

Avez-vous été à l'école?
Oui, mais peu de temps.

Avez-vous votre certificat d'études?
Non.

En quelle année sommes-nous?
1921.

Quels sont les mois de l'année?
Janvier, mars, février, mai.

Savez-vous lire et écrire?
Un peu, je sais signer mon nom.

Savez-vous compter?
Pas beaucoup.

Comptez à partir de 65?
65, 66, 67, 68, 69, 70, etc.

A partir de 1561?
(Hésitation...) Je ne sais pas.

A partir de 250?
251, 252, 253, etc.

A partir de 723?
723, 724... ? ?

$3 \times 7 = ?$
? ? Je ne sais pas.

$11 + 4 = ?$
14.

Dans votre pays y a-t-il une rivière?
Oui.

Laquelle?
L'Oise.

Où va l'Oise?
Je ne sais pas.

N'y a-t-il pas d'autres rivières en France?
Je ne sais pas.

Où vont les rivières?
Je ne sais pas.

Vont-elles à la mer?
Je ne sais pas.

En France, quel gouvernement y a-t-il?
. . . ? ? Je ne sais pas.

Y a-t-il un roi, un empereur?
. . . ? ? Je ne sais pas.

Quel est votre métier?
Charretier.

Quelle est la différence entre un cheval et une jument?
. . . ? ? (Sourires) . . . ? ?

Pourquoi riez-vous?
Parce que c'est la même chose.

Combien étiez-vous en classe?
A peu près 50.

Essayez de répéter les chiffres suivants : 1, 7, 3, 5.

1 . . ., 7 . . ., 5.

Répétez encore : 9, 6, 2, 7, 3.

. . . 6 . . . ? ?

Ecoutez, je vais vous raconter une bêtise. L... sourit. On a trouvé dans une chambre une jeune fille coupée en 17 morceaux. La tête était dans un sac. Le gendarme est venu et a dit : « Il s'agit certainement d'un suicide ». Quelle est la bêtise?

L... sourit à nouveau; puis il contracte les muscles de son front et semble réfléchir profondément, mais il ne peut donner aucune réponse.

J'ai trois frères : André, Jacques et moi. Quelle est la bêtise?

. . . Je ne vois pas.

Après avoir terminé l'examen physique et l'examen mental, la question se pose pour nous de savoir si nous avons à faire à un épileptique, à un hystérique ou à un débile mental?

Est-ce un hystérique? Est-ce un épileptique?

Les rapports des camarades, ou des infirmiers qui ont été les témoins de ces crises ne nous permettent pas de conclure d'une façon certaine.

Mais une observation attentive montre qu'elles sont devenues plus fréquentes depuis que L... est soldat, qu'elles surviennent, soit après un exercice où il a été réprimandé par ses chefs ou particulièrement contrarié par ces camarades, soit après la visite du médecin qui lui annonce sa sortie prochaine, soit après avoir été interrogé sur les causes de sa désertion.

La recherche attentive des différents stigmates nous montre : l'anesthésie de la cornée, du pharynx, du thorax, des membres supérieurs et des membres inférieurs.

Le mutisme, la cécité apparaissant et disparaissant brusquement, des crises fréquentes ne s'accompagnant d'aucune altération de l'état physique permettent d'affirmer une origine hystérique.

Est-ce un débile mental? Après l'examen que nous venons de lui faire subir, on peut répondre : oui. Son intelligence, bornée dans son enfance, ne s'est pas développée avec l'âge. Au régiment, L... ne peut arriver à comprendre et à exécuter les exercices qui demandent en général peu de réflexion. Ses connaissances arithmétiques, historiques, géographiques sont presque nulles. A la veille de devenir électeur et de participer dans la même mesure que ses concitoyens au gouvernement de son pays, il ignore que la France est en République.

Quant à son jugement, il est nul. Aux questions qui lui sont posées, il sourit d'abord, puis s'il répond parfois, (il le fait rarement), c'est toujours avec lenteur et non sans hésitation. Ses actes ne sont pas réfléchis, ils semblent automatiques. Tourmenté par le désir de revoir son pays, il déserte; il va jusqu'à l'entrée de son village, mais craignant d'être reconnu et arrêté, il s'enfuit sans avoir revu ses parents.

En résumé, nous concluerons ainsi :

1° L... est un hystérique.

2° L... est un débile mental.

OBSERVATION II (In thèse Pareau).

VOL, ABANDON DE POSTE

L. L..., âgé de 24 ans, engagé au 24e d'artillerie.

Antécédents héréditaires : Père mort d'apoplexie. Mère très nerveuse et sujette à des crises convulsives. Frère et sœur bien portants.

Antécédents personnels : Enfance maladive, fièvre thyphoïde à l'âge de 12 ans. Erysipèle de la face ayant nécessité son admission à l'hôpital de Tarbes.

Crises convulsives nombreuses.

Faits : Un soir au mois mai, L... étant de garde d'écurie, monte dans sa chambre et vole un porte-monnaie à un de ses camarades.

Passe au conseil de guerre sous l'inculpation de vol et d'abandon de poste.

Sur la demande de l'avocat, L. L... entre à l'hôpital militaire de Bordeaux aux fins d'examen médico-légal.

Examen : L. L... est d'une taille supérieure à la moyenne, bien constitué, bien musclé, avec une légère asymétrie faciale. Il présente en outre un pouls instable, augmentant rapidement d'intensité au moindre effort; une abolition complète du réflexe pharyngien, ainsi que de la sensibilité aux quatre membres.

Au point de vue mental, c'est un « minus habens » sachant à peine lire, bien qu'étant allé en classe jusqu'à l'âge de 13 ans.

C'est à dessein que nous avons rapproché les observations de L... et de L. L..., qui sont pour ainsi dire des frères pathologiques. Au point de vue clinique, les ressemblances sont des plus manifestes.

OBSERVATION III

Service de M. le Professeur Chavigny

DÉSERTION A L'INTÉRIEUR

B..., âgé de 24 ans, engagé volontaire pour 5 ans au ...e tirailleurs algériens.

Profession : Navigateur au long cours.

Pas d'antécédents héréditaires pathologiques.

Antécédents personnels : Aucune maladie infectieuse dans le jeune âge.

B... a bu beaucoup d'alcool.

En 1915, paludisme en Algérie.

En 1916, au mois de décembre, commotionné par obus de gros calibre qui aurait explosé à quelque distance de lui. Il ne reprend connaissance que 24 heures après, dans une ambulance installée aux environs de Verdun. Il constate en outre qu'il a eu les pieds gelés. Evacué sur l'hôpital d'Epinal, il y séjourne six semaines.

Rejoint son régiment sur le front français, prend part aux différentes attaques de sa division. En mai 1918, devant Villers-Bretonneux, est commotionné à nouveau par l'explosion d'un 210, est enterré avec quelques camarades. Dégagé assez rapidement, il est sans connaissance. Est blessé quelques instants après par éclats d'obus à l'épaule droite et à la main droite. Fait prisonnier, il est dirigé sur un hôpital allemand. Quelques heures après son arrivée, crises convulsives.

Il est soigné longtemps dans un centre de neurologie. La blessure de la main est guérie, celle de l'omoplate est en bonne voie d'amélioration quand apparaissent, presque soudainement, des troubles réflexes caractérisés par de la contracture et des troubles vaso-moteurs. L'avant-bras est fléchi à angle droit sur le bras ; la main est fléchie sur l'avant-bras. Hypothermie, œdème de la main droite. Soumis à un traitement électrique, ces troubles disparaissent en quelques jours. Rapatrié en décembre 1918, il est affecté à un régiment d'infanterie à L...

Au début de 1919, B... est accusé d'avoir volé de l'argent à un camarade. Malgré ses protestations, il est mis en prévention de conseil de guerre — passe 9 mois en prison — est l'objet d'un non-lieu. Huit jours après, il demande une permission au lieutenant commandant sa compagnie :

« J'y avais droit, dit B... J'ai insisté pour l'obtenir et j'ai eu une discussion violente avec l'officier. Je suis sorti du bureau tout tremblant d'émotion. Le lieutenant a dû dire qu'il me porterait

une punition sévère. Je ne voulais pas retourner dans la prison que je venais de quitter, où j'avais été retenu sans motif. J'ai résolu de déserter. J'en ai parlé à quelques camarades; j'en ai parlé à ma mère qui m'a supplié d'abandonner ce triste projet. C'était plus fort que moi — je ne voulais pas retourner en prison — et alors sous le coup de cette violente émotion je suis parti. Je l'ai regretté plus d'une fois quand je songeais surtout que j'avais fait quatre ans sans encourir de punition grave... et que dans quelques mois j'allais être libéré puisque mon engagement touchait à sa fin. J'ai regretté bien souvent ce moment d'irréflexion qui allait peut-être me faire condamner à plusieurs années de prison».

B... se rend dans le Nord pour travailler à la reconstruction des régions dévastées. Craignant d'être reconnu et arrêté par la police, il change très souvent de pays. En novembre, il vient à Paris. Il est arrêté dans un cabaret de Montmartre et conduit à la prison du Cherche-Midi. De là, on le dirige sur Strasbourg. Il entre dans le service de M. le professeur Chavigny pour troubles nerveux.

Le 2 juin, un de ses voisins fait une crise convulsive. Je sentais, dit B..., que ma tête s'alourdissait; je voyais le moment où j'allais faire comme lui; j'ai quitté la chambre en courant.

Le 3 juin, B... venait d'être examiné au point de vue physique et mental. Vers 20 heures, il fait une crise convulsive; il saisit un rasoir et se fait dans la région fessière une large plaie qui saigne abondamment.

Examen physique : B... est bien constitué. On note ni asymétrie faciale, ni voûte ogivale. La dentition est bonne.

Pas de signes d'éthylisme chronique.

Organes respiratoires : Dans la région de l'omoplate, cicatrice d'ancienne blessure par éclat d'obus s'étendant jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate.

Pas d'affection pulmonaire.

Appareil circulatoire : Rien de particulier.

Appareil digestif : Bon appétit. Digestion facile.

Motilité : Ni atrophie, ni hypertrophie. Pas de Romberg.

Sensibilité.

Anesthésie : Face postérieure de la cuisse droite.

Face interne et postérieure de la cuisse gauche.

Face externe et postérieure des deux jambes.

Face dorsale du pied droit.

Des régions sous-claviculaires.

Face interne des avant-bras.

Face externe bras droit.

Réflexes : Rotuliens exagérés des deux côtés.

Achilléens vifs.

Pas de trépidation épileptoïde.

Pas de clonus de la rotule.

Pharyngien et cornéen supprimés.

Les pupilles sont égales, mais réagissent très lentement à la lumière et à l'accommodation.

Pas de dyschromatopsie.

Examen mental :

B... se présente sous des dehors intelligents; il s'exprime avec netteté et répond avec précision aux questions qui lui sont posées.

Conclusion :

Est-ce un *épileptique ?* est-ce un *hystérique ?* Un des caractères particuliers des crises que présente B... c'est la perte de connaissance. En mai 1918, je fus commotionné, nous dit-il, je fus transporté dans un hôpital allemand. Je ne repris connaissance que 24 heures après mon arrivée. Des camarades de régiment m'ont raconté tout ce qui s'était passé, et m'ont dit notamment que j'avais fait une crise nerveuse.

Le 4 juin, nous demandons à B..... de nous rappeler les circonstances dans lesquelles il s'est blessé : «Je ne me souviens de rien, nous dit-il ; tout ce que je sais, je l'ai appris par mes voisins».

Ce symptôme serait plutôt en faveur de l'épilepsie. Mais les crises convulsives en général espacées ne semblent pas avoir influé sur l'état physique et sur l'état mental du malade. D'autre part, nous trouvons à l'origine de la première crise une émotion particulièrement violente, une commotion qui nous permet, en l'absence d'antécédents nerveux, d'affirmer la nature hystérique de ces crises. « Chez la plupart des sujets qui ont présenté des troubles psychiques, écrit M. le professeur Chavigny, il était en général facile de mettre en évidence l'existence de quelques tares prédisposantes. Fréquents étaient les troubles nerveux psychiques, familiaux ou collatéraux, les malformations congénitales, mais cependant l'importance de causes occasionnelles dépassait celle que l'on est habitué à leur attribuer. Ces causes occasionnelles tenaient réellement le premier plan chez tous les traumatisés de guerre. Bon nombre de ces malades s'ils fussent demeurés dans leurs conditions normales d'existence auraient eu certainement toute chance d'échapper indéfiniment à l'éclosion de troubles psychiques, car il leur avait fallu subir un choc émotif exceptionnel. »

RESPONSABILITÉ

L'observation courante montre que l'hystérique devient très souvent un délinquant ; on s'est demandé, avec juste raison, s'il était responsable, irresponsable, ou si on devait lui accorder une responsabilité atténuée.

La répression des crimes et délits, c'est-à-dire des actions dirigées contre un membre d'une société, se fait sous l'inspiration d'idées qui ont beaucoup varié suivant les temps. Au début, règne l'idée de vengeance. Le coupable expie l'action qu'il a commise, de manière à apaiser la colère de l'offensé ; la peine appliquée est la peine du talion. On poursuit non seulement le vrai coupable, mais à défaut, sa famille est punie avec la même sévérité. De temps en temps encore, quand un crime abominable est commis, l'opinion publique s'émeut et réclame la peine du talion — c'est l'ancienne idée de vengeance qui ressuscite. Cette répression passionnelle a été rejetée parce qu'elle manque le plus souvent de mesure. Une autre idée l'a remplacée progressivement, celle de justice. Elle consiste à infliger aux criminels des peines exactement proportionnées à la gravité des crimes. C'est une mise en pratique des lois de la morale. Le progrès sur les anciens errements est évident. Mais on a critiqué ce progrès, au nom de la philosophie ; on s'est demandé si réellement la société a le droit de punir, et certains critiques ont conclu qu'elle n'a seulement que le droit de se défendre et que le critérium d'utilité doit remplacer dans la répression, le critérium de justice. Certainement, si on appliquait à fond ce caractère utilitaire, on arriverait à une répression extrêmement efficace, mais il faudrait dans certains cas faire des exemples, instituer la torture et cela choque nos sentiments de justice et d'humanité. Actuellement, il semble que l'opinion publique et les mœurs acceptent un moyen terme, qui pourrait être exactement représenté par la proposition suivante : la punition doit être utilitaire, mais contenue dans une mesure telle qu'elle ne soit pas injuste.

Nous ne voulons point parler ici du libre arbitre, question métaphysique, qu'on a eu le grand tort d'introduire dans les débats judiciaires. Nous nous mettrons simplement au point de vue pratique. La capacité d'imputabilité, comme dit KRŒPELIN, dépend de deux éléments :

« 1° Une faculté d'intelligence, la faculté générale de juger ce qui est permis et défendu, ce qui est utile et nuisible, et la faculté spéciale de comprendre l'importance et les conséquences de l'acte qu'on commet ;

2° La faculté volontaire, c'est-à-dire, la faculté de choisir entre plusieurs actes possibles et de se décider d'après des motifs réfléchis et conformément aux tendances de sa propre personnalité. »

Il n'y a ni crime, ni délit, dit l'article 64, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.

Les termes dans lesquels est formulé cet article donne au juge une grande latitude et n'en limite pas le bénéfice à tels ou tels désordres de l'esprit dont l'énumération serait forcément incomplète, obscure ou d'une interprétation remplie de difficultés.

« Par démence, écrit M. CHAUVEAU, on doit entendre, puisque aucun texte n'en a restreint le sens, toutes les maladies de l'intelligence. Toutes les variétés de l'affection mentale, quelle que soit la dénomination que leur applique la science, quelque classification qu'elles auraient reçue, revêtent la puissance de l'excuse et justifient l'accusé, pourvu que leur influence sur la perpétration de l'acte puisse être présumée. »

Mais bien souvent, rien au premier abord ne trahit la nature morbide de l'acte incriminé. Et les juges se pénètrent difficilement de l'idée qu'un homme qui a son bon sens, qui raisonne, qui réfléchit, qui comprend les conséquences de ses actes et les sanctions de la loi puisse être tenu pour moins libre dans l'accomplissement de ses actes. Ils conçoivent mal qu'un individu qui conserve son intelligence et la notion tout à fait claire du bien et du mal puisse faire observer que c'est sa volonté qui est débile et puisse invoquer l'excuse de l'irresponsabilité.

Et on ne saurait trop s'élever contre ces condammations rendues souvent sans que l'accusé aie été examiné. De Lancre, président au tribunal de Bordeaux, fit en 1616 brûler un très grand nombre de femmes atteintes par une épidémie d'aboiement, car, disait-il, c'est une chose vraiment monstrueuse de voir parfois à l'église plus de 40 femmes qui à la fois aboient comme chiens,

faisant dans la maison de Dieu un concert et une musique si déplaisante qu'on ne peut rester en prière.

Aux XIXe siècle, Héléne Jégado, le sieur Papavoine et bien d'autres sont condamnés à mort et exécutés sans avoir été examinés par un médecin.

D'autres fois, les magistrats n'ont pas cru devoir admettre les conclusions du rapport médico-légal. Nous ne rappellerons pour mémoire que le cas si connu d'Henriette Cornier, hystérique avec obsession et impulsion à l'homicide, qui fut condamnée aux travaux forcés à perpétuité, malgré les conclusions du médecin-légiste.

Même pour le médecin, l'appréciation de certains actes offre beaucoup de difficultés. Quand il s'agit d'un aliéné avéré, il est en général facile de montrer le caractère morbide de ses actions, mais quand il s'agit de sujets hystériques, la tâche est loin d'être aussi aisée. Parfois, le délit est prémédité, organisé, préparé avec une patience, une opiniâtreté, un esprit de suite, un talent de combinaison, un luxe de précautions, de ruse ou de calcul, capables de dérouter les plus habiles et les plus clairvoyants.

Nous avons montré, dans un précédent chapitre, combien il est parfois difficile d'affirmer que l'on se trouve en présence d'un hystérique. Il ne faut pas seulement tenir compte des antécédents héréditaires, des symptômes physiques, mais apprécier aussi leur degré de curabilité et de gravité.

La responsabilité totale étant écartée, doit-on admettre l'irresponsabilité totale ? C'est l'avis du Dr Andreu : « Que l'hystérique agisse sous l'influence d'une idée consciente ou subconsciente, il sera fatalement déterminé à l'acte. Il ne sera plus libre de se décider à le commettre ou non. La seconde condition nécessaire pour l'existence de la responsabilité ne sera pas remplie par le malade qui sera irresponsable de ses actes . . . L'hystérie suffit seule à créer l'irresponsabilité ».

Mais ce n'est pas là l'opinion du plus grand nombre de médecins-légistes. « Je n'admets pas, dit Tardieu, l'irresponsabilité absolue des hystériques, mais je me méfie de leur perversité instinctive, de leur propension irrésistible au mensonge et des impulsions morbides auxquelles ils ne sont pas toujours libres de se soustraire. »

Il conviendrait en effet, de réserver la protection médicale aux actes délictueux des individus que nous avons rangés dans le groupe des épileptiques. Ce sont des malades plutôt que des coupables, et leur état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante. On doit rechercher les moyens les plus simples pour rétablir leur raison égarée. La pleine n'a pour eux aucune

signification et n'a d'autre résultat que d'exaspérer leur folie. D'autre part cette peine inutile est infamante pour eux et leur famille dont l'honneur doit être sauvegardé.

La société cependant à le droit et le devoir de défendre ses membres. Elle ne peut le faire qu'en enfermant le coupable dans un asile d'aliénés ou dans un asile prison où il recevra tous les soins que comporte son état.

Mais dans les cas «intermédiaires entre la raison et la folie», il est permis de discuter le degré de responsabilité. «L'humanité, disait Régis aux jurés, ne se divise malheureusement pas en deux catégories tout à fait distinctes. D'un côté les sains d'esprit entièrement responsables, et de l'autre les aliénés irresponsables. Entre les deux existe une vaste province, dite zone frontière ou mitoyenne, peuplée d'individualités tarées à divers degrés et comportant par suite des responsabilités différentes».

Les hystériques en effet ne sont pas dépourvus d'intelligence, ils ont assez de jugement pour rester sensibles aux pénalités. Ce qui le prouve, c'est qu'ils sont accessibles au traitement moral du médecin. Au cours de la guerre, on a vu bien des accidents disparaître sous la menace d'une punition légère ou d'un traitement électrique; on a constaté qu'ils se faisaient plus rares à mesure que la discipline devenait plus sévère dans les centres de neurologie. C'est donc que l'hystérique est capable de modifier sa ligne de conduite et, dans une certaine mesure, de mettre un frein à ses obsessions et à ses impulsions morbides qui le poussent à commettre des délits s'il sait que ces délits seront sévèrement réprimés.

Mais cette atténuation de la responsabilité doit varier avec chaque individu et tenir grand compte de l'état mental. «Bien que l'on ne puisse pas mesurer le degré de responsablilité au millimètre, dit Régis, on peut cependant établir comme une échelle proportionnelle, en se servant d'une notation assez précise pour marquer trois degrés progressifs dans l'atténuation: 1° atténuation légère; 2° atténuation assez large; 3° atténuation très large».

Beaucoup de ces individus qui encombreraient les prisons ou les asiles, si la crainte du châtiment n'était venue les arrêter sur la pente du crime, pourront remplir dans la société, le rôle qui leur était normalement assigné.

CONCLUSIONS

A la suite des théories de Babinski, on eut tendance à considérer l'hystérie comme un syndrome archaïque et à faire rentrer la plupart des accidents qui lui étaient rattachés dans le cadre des maladies organiques ou épileptiques. On a observé pendant la guerre une floraison d'accidents nerveux, notamment des troubles nerveux d'origine réflexe, ne s'accompagnant d'aucune lésion organique et disparaissant par la psychotérapie.

Beaucoup de ces troubles furent considérés comme épileptiques. C'est donc que la symptomatologie ne suffit pas à établir une classification bien nette entre l'hystérie et l'épilepsie. La plupart des symptômes décrits, sont en effet communs aux deux névroses.

N'y aurait-il pas lieu de procéder à une nouvelle classification basée sur la gravité des symptômes, leur étiologie et leur curabilité? de rattacher à l'hystérie tout ce que l'on englobait dans l'épilepsie larvée et l'épilepsie symptomatique? de réserver à l'épilepsie les cas particulièrement graves s'accompagnant de troubles de l'état physique et de l'état mental?

Cette nouvelle classification établie, la protection médicale serait réservée à un nombre restreint de malades. Les hystériques, sensibles aux châtiments, bénéficieraient de la responsabilité atténuée qui varierait suivant l'état mental de chaque individu.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Andreu (Th.). — De l'irresponsabilité des hystériques en matière criminelle. Thèse médicale. Toulouse, 1906.

Babinski. — Emotion, suggestion et hystérie. Société de neurologie. 4 juillet 1907. — Démembrement de l'hystérie traditionnelle. Pithiatisme. *Semaine médicale.* 6 janvier 1909.

Babinski et Froment. — Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe.

Charcot. — Aphonie. Mutisme. Aphasie hystérique.

Chaslin. — Eléments de sémécologie et cliniques mentales.

Chavigny. — Les maladies méconnues. Anesthésie et analgésies hystériques. *Paris médical,* 26 février 1916, p. 214. — La psychiâtrie aux armées. *Paris médical,* 1916. — Un cas d'hystéro-traumatisme revu quinze ans après les accidents initiaux. *Paris médical.*

Déjérine. — Deux cas de paraplégie fonctionnelle d'origine émotive, observée chez des militaires. Société de neurologie, 18 février 1915. Le traitement par l'isolement et la psychothérapie des militaires atteints de troubles fonctionnels du système nerveux. *Presse médicale.* Décembre 1915.

Grasset. — Les psychonévroses de guerre. *Presse médicale.* 1er avril 1915.

Guillain et Barré. — Forme clinique de la Névrite ascendante. *Presse médicale.* 3 avril 1916.

Le Bar. — Sur l'œdème hystérique. Société médicale des hôpitaux. 30 juillet 1915.

Le Grand du Saulle. — Les hystériques.

Leriche. — De la causalgie envisagée comme une névrite du sympathique. *Presse médicale.* 20 avril 1916.

H. Meige et Mme Athanasie-Benisty. — Les signes cliniques des lésions de l'appareil sympathique ou de l'appareil vasculaire dans les blessures des membres. *Presse médicale.* 6 avril 1916.

PAREAU. — Les dégénérés hystériques au point de vue médico-légal. Bordeaux. Thèse médicale. 1899.

POROT. — Manifestations réflexes consécutives à des désarticulations de doigts. *Presse médicale.* 5 octobre 1916.

RÉGIS. — Traité de psychiâtrie.

G. ROUSSY. — Accidents nerveux produits à distance par éclatement d'obus. Société de neurologie. 5 décembre 1914. — A propos de quelques troubles nerveux psychiques observés à l'occasion de la guerre. *Presse médicale.* 8 avril 1915.

G. ROUSSY et BOISSEAU. — Les accidents nerveux déterminés par la déflagration des explosifs. *Paris médical.* 1916.

VIBERT. — Médecine légale.

VIRES. — Maladies mentales.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE. — Discussion sur l'hystérie. 9 avril 1918. — Discussion générale consacrée à l'étude: « Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. » 3-16 décembre 1909, 13 janvier 1910. — Discussion générale sur les troubles nerveux dits réflexes observés pendant la guerre. 18 février-4 mars 1915. — Discussion générale sur les accidents nerveux déterminés par la déflagration des fortes charges d'explosifs. 6-7 avril 1916.